



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

Perfil sociodemográfico de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria que reciben su primer tratamiento.

Socio-demographic profile of patients with an eating disorder who receive their first treatment.

Autor: Dña. Carmen Gándara Gutiérrez

Director/es: D. Andrés Gómez del Barrio

Santander, junio 2019

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract	3
Introducción	5
Objetivos e hipótesis	10
Metodología	11
Resultados.....	14
Diagnósticos en ambos periodos	14
Análisis de las características biológicas de la muestra	15
Sexo	15
Edad.....	15
IMC	15
Tiempo hasta la 1ª consulta	16
Variables sociodemográficas.....	16
Nacionalidad.....	16
Estado civil.....	16
Nivel de estudios	17
Ocupación.....	17
Nivel socioeconómico	18
Comorbilidad psiquiátrica	18
Historia de consumo de tóxicos y tabaco	19
Análisis de características familiares.....	20
Edad padres.....	20
Estructura familiar	20
Convivencia	20
Lugar ocupado	21
Número de hermanos	21
Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica	21
Antecedente familiar de trastorno alimentario	22
Antecedentes de los pacientes	23
Antecedente personal de obesidad/sobrepeso	23
Antecedente de maltrato/abuso.....	23
Historia de práctica deportiva (deporte de competición).....	23
Discusión	25
LIMITACIONES	29
Conclusiones	30
Medidas para el futuro.....	30
Bibliografía	32

Resumen

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías frecuentemente descritas en mujeres jóvenes de raza blanca, generalmente pertenecientes a un nivel socioeconómico elevado. Entre los factores asociados a mal pronóstico destaca un retraso en la identificación y en el inicio de tratamiento, es decir, una duración prolongada de la misma sin tratar.

Objetivos: Estudiar el perfil sociodemográfico de los pacientes con diagnóstico de TCA según los criterios de DSM-V que reciben su primer tratamiento en una unidad especializada. Además, hemos comparado dos periodos de tiempo, separados por la instauración de un programa de derivación precoz, esperando encontrar disminución significativa del tiempo sin tratamiento, sin variaciones en el resto de las características sociodemográficas.

Metodología: Se seleccionaron un total de 187 pacientes atendidos de forma consecutiva tras su derivación a la unidad de TCA. Noventa y nueve en un primer periodo (marzo 2010- marzo 2011) y otros 88 pacientes en un segundo periodo de tiempo (septiembre 2014- febrero 2015).

Resultados: Entre los hallazgos destaca un estatus socioeconómico significativamente más bajo en el segundo periodo estudiado. Al mismo tiempo se objetivó una reducción significativa del tiempo sin tratamiento en el segundo periodo frente al primero, tras la instauración del protocolo de derivación precoz.

Conclusiones: La afectación de estratos sociales bajos podría responder a un cambio en el paciente tipo, demostrando la amplia distribución de estos trastornos en la sociedad. La disminución del tiempo sin tratamiento podría ser una medida clave para mejorar el pronóstico de los enfermos.

Palabras clave: *Trastornos de la conducta alimentaria, perfil sociodemográfico, duración de la enfermedad sin tratar.*

Abstract

Introduction: Eating disorders (ED) are pathologies frequently described in young white women, generally belonging to a high socioeconomic status. A delay in the identification and beginning of treatment, that is, a long duration of untreated illness is one of the strongest predictors of poor outcome.

Objetives: The goal of the current study was to study the socio-demographic profile of patients who met the DSM-V diagnostic criteria for eating disorder who received their first treatment in a specialized unit. A secondary aim was to compare two time periods, separated by the establishment of an early referral program. We expected to find a significant reduction in duration of untreated illness, without variations in the rest of socio-demographic characteristics.

Methods: A total of 187 patients treated after referral to eating disorders unit were selected. Ninety nine in a first period (March 2010- March 2011) and 88 patients in a second time period (September 2014- February 2015).

Results: A majority of patients was included to the lowest socio-economic status, significantly lower in the second period. Furthermore, a significantly reduction of duration of untreated illness in the second period was found, after the implementation of the early referral program.

Conclusions: Our findings may respond to a change in the patient's profile. In the future, reducing the duration of untreated illness could be an important step to improve the patients' prognosis.

Key words: *Eating disorders, socio-demographic profile, duration of untreated illness.*

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria, en las que la persona tiene una percepción distorsionada de su figura y una obsesión por el control de peso. Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural (1).

Los TCA constituyen un importante problema de salud pública debido a su interferencia en el funcionamiento cotidiano, su creciente prevalencia (1)(2)(3)(4), especialmente en etapas tempranas de la vida (5)(6)(7), su cronicidad (8)(9), la presencia de comorbilidades, tanto médicas como psiquiátricas (10), y las elevadas tasas de suicidio y mortalidad (11)(12). Su relevancia sanitaria, social y económica ha ido en aumento en los últimos años debido a diversas razones.

Uno de los motivos es el incremento de su prevalencia. A pesar de la complejidad de los estudios epidemiológicos dirigidos a estudiar las frecuencias de estos trastornos, se ha observado un incremento de la prevalencia en las últimas décadas (1)(2)(3)(4), en especial durante la adolescencia e infancia (13). Según un estudio que investigó pacientes con algún TCA en un largo periodo de tiempo (14), el número de pacientes se incrementó durante los cuatro periodos estudiados (de 1963 a 2004). A pesar del aumento de casos durante las últimas décadas las revisiones más recientes estiman que la prevalencia se ha estabilizado, seguramente gracias a programas de prevención y detección temprana (1)(11).

Se trata de enfermedades que suponen un aumento significativo de la morbi-mortalidad (8)(10)(13)(15)(16), presentando las tasas de morbilidad y mortalidad más elevadas de todas las enfermedades mentales (13), en especial la anorexia nerviosa (AN) (16)(17). Las tasas de suicidio también son superiores a la población general, independientemente del tipo de trastorno alimentario (4)(12)(13)(18)(19).

Otro de los motivos de su importancia es el elevado índice de trastornos psiquiátricos y patología somática asociada (10). A pesar de tratarse de patologías de la esfera psiquiátrica, presentan tasas elevadas de comorbilidad médica (3)(10)(13), encontrando signos físicos que evidencian la presencia de enfermedad (1).

Con frecuencia se acompañan también de otros trastornos psiquiátricos (4)(9)(10)(12)(13)(20). Estos pueden debutar antes del desarrollo de la enfermedad, durante la fase aguda o incluso en etapas más tardías (13)(20).

La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con un TCA ya diagnosticado es superior al de individuos sin antecedentes de trastornos alimentarios. En una muestra de adultos de EEUU (10) se observó que mientras que solo el 57,6% de individuos sin TCA cumplían criterios para un diagnóstico psiquiátrico, el 87,3% de pacientes con AN, el 94,4% en bulimia nerviosa (BN), y el 93,8% en trastorno por atracones (TA) presentaban otro trastorno de la esfera psiquiátrica. Los trastornos

psiquiátricos más frecuentemente asociados fueron los trastornos del estado de ánimo y por abuso de sustancias, seguido de trastornos ansiosos (11). En concreto la depresión mayor fue el trastorno más prevalente de todos los TCA (4)(10)(20). Sin embargo, el patrón de comorbilidad es diferente para cada trastorno alimentario.

Todas estas comorbilidades junto a la propia sintomatología de la enfermedad generan disminución de la calidad de vida en aquellos que lo sufren, tanto en la salud física como en el ámbito de las relaciones sociales. Los individuos con TCA presentan una calidad de vida menor que los controles sanos (5)(9)(21), lo que condiciona una discapacidad grave entre los enfermos (12).

En cuanto al tema económico, el impacto que suponen estas enfermedades, tanto para la sanidad pública, como para las familias, no es despreciable. Teniendo en cuenta el curso crónico, y las elevadas tasas de comorbilidad médica y psiquiátrica no es de extrañar que los costes anuales derivados de tratar estos trastornos sean elevados(22), e incluso más caros que el tratamiento de un paciente con esquizofrenia (13)(19)(22).

Estudiar la epidemiología de los TCA y sacar datos concluyentes no es fácil, ya que las estimaciones varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación. La baja incidencia en la población general hace necesaria muestras muy amplias para llevar a cabo los estudios. Por otro lado, los síntomas de la enfermedad son ocultados o minimizados por los pacientes, lo que dificulta aún más su estudio (11)(18).

Según diversas revisiones se calcula una prevalencia de 0,4% para la AN y del 1-1.5% para la BN entre mujeres jóvenes. En el caso de TA se estima una prevalencia de 1,6% en mujeres y 0,8% en hombres adultos (17); entre adolescentes la prevalencia de TA se estima en aproximadamente del 1% al 5% (13).

El diagnóstico restante, trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), es una categoría heterogénea que engloba trastornos que no cumplen criterios para las categorías anteriores. Las tasas de prevalencia para estos trastornos varían de unos estudios a otros, además existen pocos estudios epidemiológicos que revisen las prevalencias de estas enfermedades (17).

Cuando estudiamos las prevalencias actuales se observa que el trastorno más frecuente es el de TA (15)(23)(24) y otros trastornos de la alimentación especificados (OSFED) seguido de TCANE. En tercer lugar, encontraríamos la BN y en quinto la AN (15).

Es importante recalcar que los índices de prevalencia y los trastornos más prevalentes varían según la edad estudiada (11). Así en una muestra de adolescentes con TCA el diagnóstico más frecuente fue el de anorexia nerviosa restrictiva (AN-R), seguido de anorexia nerviosa purgativa (AN-P) y OSFED en proporciones similares (6).

Frecuentemente estos trastornos debutan y se desarrollan en su mayor parte durante la adolescencia y adultez temprana (5)(6)(7). La edad media de presentación se encuentra entre los 16 y 25 años (24). Son enfermedades, por tanto, que generan un gran impacto en este grupo de edad, siendo la tercera enfermedad crónica más prevalente entre los adolescentes (6)(13).

La adolescencia junto a la pubertad son etapas de gran transcendencia para el desarrollo del individuo. No es de extrañar que sea el grupo de más riesgo, pues es una época llena de cambios físicos, psicológicos y sociales, en la que se consolida su personalidad como adultos, y en la que coexisten más inestabilidad emocional, más presión social, mayor deseo de integración y más miedo al rechazo (1)(18).

Cuando estratificamos la edad de presentación por diagnósticos, se observa que los individuos con AN debutan a una edad más temprana que aquellos con BN o TCANE (4)(15), mientras que en el TA el comienzo de la enfermedad es significativamente más tarde que en la AN o BN (7)(10). Entre los grupos de BN y TCANE no se observan diferencias estadísticamente significativas en la edad de presentación (4).

La AN se diagnostica predominantemente en mujeres durante la edad puberal (4)(13)(24). La edad de presentación típica se encuentra entre los 15 y 19 años (13)(24), siendo rara la AN durante la edad media de la vida (24). En el caso de BN el grupo de edad más afectado y en el que debuta la enfermedad es el de los 16 a los 29 años (24)(4). Los individuos afectados de TA en su mayoría tienen edades medias (7)(15), tratándose del trastorno más prevalente en edades avanzadas (24). La edad media de presentación de los TCANE fue de 22 años (21.95 ± 9.13) (4).

Las mujeres con TCA superan en número a los hombres (4)(9)(14)(15)(25), siendo 10 veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (1)(11). Esta predominancia por el sexo femenino está presente en todos los trastornos (4)(15), aunque de manera más consistente en algunos diagnósticos como AN y en menor medida en trastornos caracterizados por atracones como TA (13)(15)(23) (25).

El ambiente familiar desempeña un papel importante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (11). Se ha demostrado que familias desestructuradas, en el que el hijo no comparte vivienda con ambos padres, o con padres separados, asocian a un riesgo elevado de sufrir TCA (26).

La edad avanzada de los padres se relaciona con un riesgo incrementado de desarrollar un TCA tanto en hombres, como en mujeres (27), por lo que esperamos una incidencia mayor de TCA en aquellos pacientes con padres de edad avanzada. Por el contrario, padres jóvenes al momento del nacimiento (<24 años) asocian un riesgo disminuido de sufrir AN y AED, al menos en mujeres (27).

En cuanto a la posición ocupada en la familia y el número de hermanos, algunos autores concuerdan que no existen familias más vulnerables que otras a sufrir un TCA, concluyendo que el orden de nacimiento no está relacionado con un riesgo aumentado o disminuido de padecer algún trastorno alimentario (28)(29). Sin embargo, otro estudio relacionó un número elevado de hermanos con una incidencia de AN y TCANE menor. Esta asociación fue particularmente elevada si los hermanos eran mayores, sugiriendo que un orden de nacimiento elevado podría actuar como un factor protector. Por el contrario, un número elevado de hermanastros se relacionó con tasas superiores de BN y TCANE (30).

En referencia al nivel socioeconómico familiar los resultados difieren de unos estudios a otros. Mientras que algunos no muestran asociación significativa entre el estado

socioeconómico familiar y los TCA, otros encuentran relación inversa entre las dos variables, asociando un nivel socioeconómico elevado con riesgo incrementado de TCA, en especial de AN (6)(7)(15)(25)(31)(32). A diferencia de la mayoría de TCA como AN y BN, en el TA no se han encontrado prevalencias diferentes entre países con ingresos altos e ingresos medios-bajos (23).

Otro estudio destinado a analizar la diferencia de prevalencias de TCA entre diferentes colegios objetivó que una mujer que acude a un colegio con mayor proporción de padres con formación académica superior tiene más probabilidades de desarrollar un TCA. Las familias con alto nivel educativo puede que tengan aspiraciones más altas, que ejerzan mayor presión o que inculquen ideas de perfeccionismo sobre sus hijos, lo que está altamente asociado a los TCA. En conclusión, la educación parental constituye un factor de riesgo de sufrir TCA (8)(25)(26)(33).

En cuanto al nivel educativo del propio paciente los resultados no son tan claros. Un estudio realizado en 2015 observó que el nivel educacional en pacientes con TCA y sin TCA era similar (15), mientras que otro estudio identificó que el nivel de los pacientes era inferior al de los controles (34). A pesar de que los TCA son patologías propias de adolescentes y adultos jóvenes (6), los estudios encuentran que, en su mayoría, los pacientes pertenecen a la categoría de no estudiante (18)(34).

Muchos estudios proponen que el índice de masa corporal (IMC) es un potente predictor de TCA (7), así como de mortalidad en el TCA ya instaurado (16). Mientras que un IMC elevado se asocia a las manifestaciones predominantes de estas enfermedades (18), un IMC bajo incrementa el riesgo de muerte (16).

Los TCA han sido patologías descritas más frecuentemente en mujeres jóvenes de raza caucásica, de tal manera que las primeras revisiones realizadas encontraron diferencias de incidencia y prevalencia al comparar grupos de origen occidental y no occidental. Sin embargo, los estudios más recientes detectan una distribución muy extendida de los TCA, afectando a personas de diferentes grupos sociales y culturales. (16)(9). A pesar de estos datos la prevalencia de estos trastornos sigue siendo mayor en países occidentales (9).

En síntesis, la mayoría de los estudios publicados tanto a nivel internacional como en nuestro país reflejan un perfil de los pacientes con un TCA caracterizado por ser mayoritariamente mujeres jóvenes, pertenecientes a familias acomodadas, de nivel educacional medio-alto y con niveles de comorbilidad elevados.

A pesar de la información disponible sobre las causas de inicio y mantenimiento de los TCA, son enfermedades complejas, que evolucionan en un gran porcentaje de manera crónica, siendo habituales las recaídas (8)(9). Además, muchos estudios señalan la persistencia en el tiempo de determinados síntomas o la transición de un TCA a otro (1)(23).

Entre los factores asociados a una mala evolución de la enfermedad destaca un retraso en la identificación y en el inicio de tratamiento, es decir, una duración prolongada de la misma sin tratar (35)(36). Varios estudios han demostrado que enfermos que reciben su primer tratamiento tras un tiempo de espera reducido consiguen resultados

más exitosos (37), con menos complicaciones a largo plazo (38). Por lo que reducir el tiempo de espera hasta la primera consulta y tratamiento resulta un paso importante para optimizar el curso de la enfermedad (35)(39)(40).

Estos resultados avalan la necesidad de programas de intervención temprana con el objetivo de identificar precozmente los TCA, y mejorar el pronóstico de las personas que padecen esta enfermedad (40)(41). En un programa de intervención precoz llevado a cabo en Londres se observó mejoría de los pacientes en varios niveles, tanto psicológico como físico, con aumento del IMC, además estas mejoras se mantuvieron a largo plazo (35).

Con el objetivo de lograr una detección y derivación precoz resulta indispensable reconocer los factores que dificultan este tipo de intervenciones (41), desde la detección en atención primaria, la derivación al especialista y por último el inicio del tratamiento.

Determinados factores socioculturales como la desestructuración familiar, el nivel educacional o económico pudieran incidir en la toma de conciencia de la problemática, bien por desconocimiento, falta de apoyo o de recursos económicos para poder buscar o acudir a un tratamiento que en la mayoría de las veces será largo. Otros aspectos como la edad de presentación del trastorno, la motivación externa o la información sobre la enfermedad también juegan un papel importante a la hora de acudir a la primera consulta (41), pacientes con un inicio precoz de la enfermedad se relacionan con una duración de la enfermedad prolongada. Por otro lado, si el médico de atención primaria no reconoce signos y síntomas de alarma, o retrasa la derivación al especialista, contribuye al aumento del tiempo sin tratamiento.

Dado que el tratamiento sobre todo en adolescente con mayor nivel de eficacia es el que involucra la familia o el entorno de cuidadores (41)(42)(43)(44)(45), conocer las características de dicho entorno pudieran resultar de gran utilidad a la hora de plantear las intervenciones tanto a nivel de detección precoz como de intervención.

Tal vez, la implementación de una ruta asistencial más ágil, flexible y sencilla (46), con profesionales entrenados en la detección temprana (41), dirigido no solo a personal sanitario sino también a profesores y progenitores (40), y que facilitara el acceso al tratamiento especializado a todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia, edad o situación socioeconómica, pudiera influir en reducir el tiempo sin tratamiento, consolidándose como una estrategia terapéutica efectiva de cara a mejorar la evolución de las personas que padecen esta enfermedad (46)(41).

.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este trabajo es estudiar el perfil sociodemográfico de los pacientes con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios de DSM-V que acuden de forma consecutiva a recibir su primer tratamiento en un dispositivo especializado en la atención a dicha patología en dos periodos de tiempo diferentes (años 2010-2011 frente a 2014-2015) tras la instauración de un programa de evaluación y tratamiento.

Los objetivos específicos se centran en observar las posibles diferencias encontradas en el perfil de edades, tipo de diagnóstico y de presentación, edad, nivel de estudios y estructura familiar entre los dos periodos tras la puesta en marcha de un protocolo de derivación, de evaluación y tratamiento.

La pregunta de investigación realizada es:

¿La instauración de un protocolo de derivación y de evaluación sistematizada incide sobre el perfil de pacientes atendidos en relación al tipo de diagnóstico, tiempo sin tratamiento hasta ser atendidos y su perfil sociodemográfico?

Las hipótesis de partida son:

-Que tras la instauración del protocolo el tiempo de demora en el segundo periodo evaluado será significativamente menor.

-Que la edad de presentación al recibir su primer tratamiento especializado será más baja en el segundo periodo evaluado como consecuencia de una detección y derivación precoz.

-Que predominará el diagnóstico de anorexia nerviosa en ambos periodos pero sin diferencias significativas.

-Que no habrá variaciones en cuanto al nivel socioeconómico entre los pacientes de ambos periodos.

-Que no habrá diferencias en cuanto a comorbilidad entre ambos periodos.

Metodología

Se seleccionaron un total de 187 pacientes atendidos de forma consecutiva tras su derivación a la unidad de TCA. Noventa y nueve en un primer periodo que va desde marzo de 2010 a marzo de 2011 y otros 88 pacientes en un segundo periodo de tiempo que va desde septiembre 2014 a Febrero de 2015.

A partir de marzo de 2010 se puso en marcha un programa de detección e intervención temprana en la unidad de TCA del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, denominado DETECTA (Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos de Alimentación) cuyo objetivo era ofrecer un tratamiento intensivo y precoz a todos aquellos pacientes con un TCA en su primer episodio y tratamiento. Para ello se diseñó un protocolo de derivación precoz con un algoritmo sencillo para la derivación desde atención primaria (ver anexo) y un procedimiento de evaluación de alta resolución en una primera consulta, generalmente en la primera semana tras la recepción de la interconsulta. El paciente y su familia eran evaluados a través de una entrevista estructurada, la cumplimentación de una batería de test psicométricos, una evaluación nutricional y de su situación física así como la realización de una analítica. Tras dicha consulta los pacientes y sus familias salían con una orientación terapéutica y plan inicial de tratamiento y un establecimiento de contacto consecutivo con sus terapeutas responsables del caso. Según su situación médica en ese momento se decidía si el tratamiento podía continuar de forma ambulatoria o si precisaba una intervención y cuidados hospitalarios.

Las variables estudiadas son:

- Tipo de diagnóstico (según criterios DSM V)
- Características biológicas de la muestra.
 - Sexo
 - Edad en el momento de la evaluación inicial
 - Edad de inicio del trastorno
 - IMC
- Duración de la enfermedad sin tratamiento (periodo de tiempo entre el inicio estimado de síntomas significativos y la primera consulta en la UTCA).
- Variables sociodemográficas.
 - Nacionalidad
 - Estado civil, encontramos tres categorías: soltero, casado/en pareja, separado/divorciado.

- Nivel de estudios, agrupado en 5 niveles diferentes: no graduado escolar, graduado escolar, no acaba instituto/FP, instituto/FP, no acaba universidad/FP grado superior, carrera universitaria media/ 3 años, universitario/licenciado/doctor.
- Ocupación, encontramos 6 posibilidades: estudiante, activo, parado, incapacidad laboral temporal, pensionado, ama de casa.
- Nivel socioeconómico, según la escala Hollinshead-Rendlich, que calcula el nivel de estudios y la ocupación parental generando unas categorías que van del I al V.
- Comorbilidad psiquiátrica
- Consumo de tóxicos y tabaco
- Características familiares
 - Edad de los padres
 - Estructura familiar, agrupada en 7 categorías diferentes: padres casados, padres separados, madre fallecida, sin relación con el padre, adopción, huérfano
 - Convivencia, existen 7 posibilidades: solo, en pareja, con los padres, con la madre, con el padre, con los abuelos, con otros.
 - Lugar ocupado en la familia.
 - Número de hermanos
 - Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica
 - Antecedentes familiares de TCA.
- Antecedentes personales de los pacientes.
 - Antecedentes de obesidad/sobrepeso en la infancia.
 - Antecedentes de maltrato/abuso
 - Historia de práctica de deporte de competición.

Se accedió a la información que se pretende evaluar en este trabajo a través de los datos recogidos en la evaluación que se realizó en la primera consulta y en algún caso completado con datos de su historial médico. Dichos datos fueron proporcionados por el tutor de ese trabajo.

Los pacientes y en el caso de menores sus familiares o tutores firmaron el consentimiento para que sus datos pudieran ser utilizados con fines de investigación. El "Estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria" fue aprobado por el comité ético de investigación de Cantabria (CEIC). BFR 01/10

Análisis estadístico:

Tras la recogida de datos en una base de datos de Excel, se exportaron al programa estadístico SPSS 15 para su análisis.

En primer lugar, se realizaron pruebas de normalidad mediante el test de Kolmogorov Smirnov y en función de sus resultados se decidió la utilización de pruebas paramétricas para la comparación de medias. T- de student para las variables que cumplieran criterios de normalidad, como la edad, y la U de Mann-Whitney para el resto.

Para la comparación de variables categóricas se realizaron pruebas de chi cuadrado.

Se asumió en todos los casos un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. En todos los resultados se asume un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

La exposición de los resultados se divide en cuatro apartados: diagnósticos en ambos periodos, análisis de características biológicas, tiempo hasta la 1ª consulta, variables sociodemográficas, características familiares de los pacientes, y por último, antecedentes personales de los pacientes.

1- Diagnósticos en ambos periodos (tabla 1)

El diagnóstico más frecuente en el primer periodo fue el de TCANE con un 35,4% de los casos. En el segundo periodo cada una de las cuatro categorías alcanzó casi un 25 %, siendo el diagnóstico más frecuente el de Anorexia nerviosa, tal y como se aprecia en la figura 1.

El porcentaje de diagnósticos es similar en ambos periodos no encontrando diferencias significativas ($\chi^2=3.076$; $gl=3$; $p=0.380$).

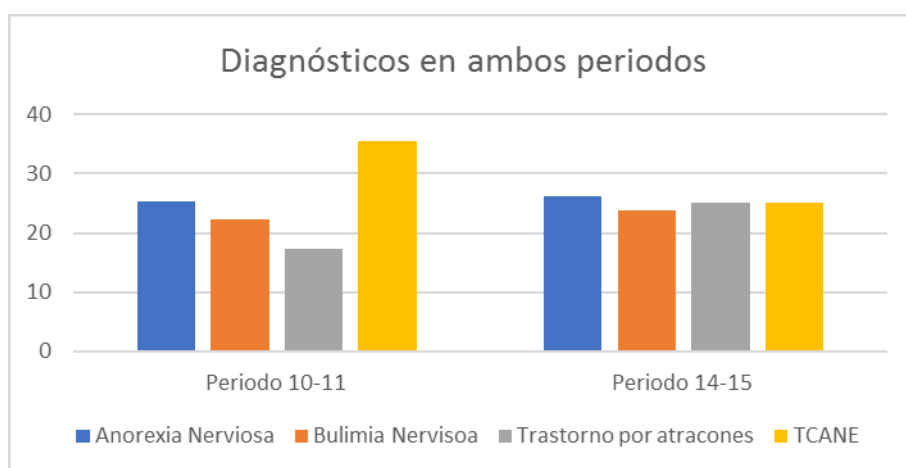


Figura 1: Representación gráfica de los diagnósticos en ambos periodos.

Tabla 1: Diagnósticos en ambos periodos. (n=187)

Diagnósticos	N (%)		
	Total	Periodo 10-11	Periodo 14-15
Anorexia Nerviosa	48 (25.7)	25 (25.3%)	23 (26.1%)
Bulimia Nerviosa	43 (23%)	22 (22.2%)	21 (23.9%)
Trastorno por atracones	39 (20.9%)	17 (17.2%)	22 (25%)
TCANE	57 (30.5%)	35 (35.4%)	22 (25%)

2- Análisis de las características biológicas de la muestra (tabla 2)

a) Sexo

De los 187 pacientes que acudieron a recibir su primer tratamiento el 93% fueron mujeres y el restante hombres. Cuando comparamos ambos periodos hay un descenso en el número de varones en el segundo periodo, sin embargo, esta diferencia no resulta significativa ($\chi^2=1.488$; $gl=1$; $p=0.233$).

b) Edad

La edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico es de $27,84 \pm 2.208$ años en el primer periodo y de 24.24 ± 2.34 años en el segundo. La edad de inicio de la enfermedad se sitúa en 21.33 ± 1.812 años en el primero periodo y 19.82 ± 1.738 años en el segundo. No se observaron diferencias significativas entre los dos periodos ($p>0.05$), aunque sí apreciamos una edad de inicio de la enfermedad y edad al diagnóstico menores en el segundo periodo, como se puede apreciar en la figura 2.

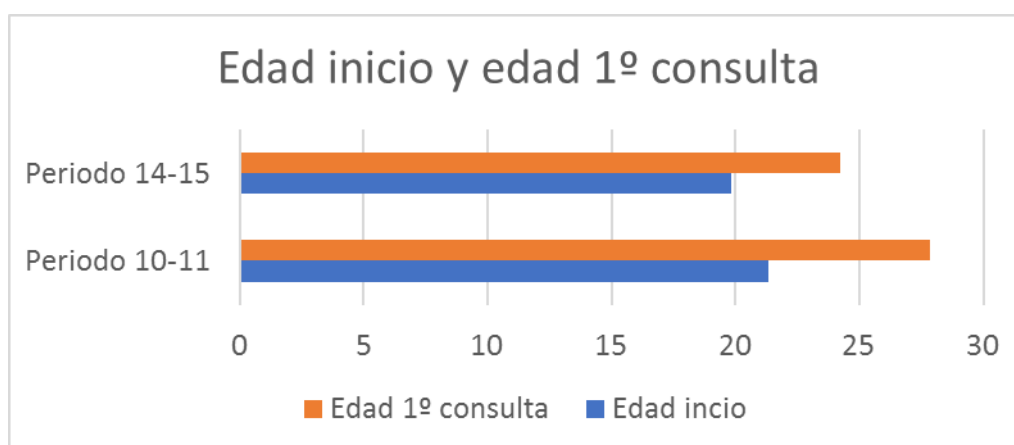


Figura 2: Representación gráfica de la edad de inicio y la edad de la 1ª consulta en ambos periodos.

c) IMC

La media del IMC de nuestros pacientes es de 27.89 ± 2.24 en el primer periodo y de 24.85 ± 1.87 en el segundo, sin que resulte significativa esta diferencia ($p>0.05$).

Tabla 2: Características biológicas de la muestra (n=187)

Variables	N (%)		p	X2
	Total	Periodo 10-11	Periodo 14-15	
Género				0.233 1.488
Mujer	174 (93%)	90 (90.9%)	84 (95.5%)	
Hombre	13 (7%)	9 (9.1%)	4 (4.5%)	
		Media (DS)		p
		Periodo 10-11	Periodo 14-15	
Edad		27.84 (10.98)	24.24 (10.97)	
Edad inicio problema		21.33 (8.59)	19.82 (6.20)	0.550
IMC		27.89 (10.43)	24.85 (8.32)	0.162

3- Tiempo hasta la 1ª consulta (tabla 3)

Significativamente llegan antes al tratamiento en el segundo periodo ($p=0.005$), una reducción de tiempo de casi la mitad (ver figura 3).

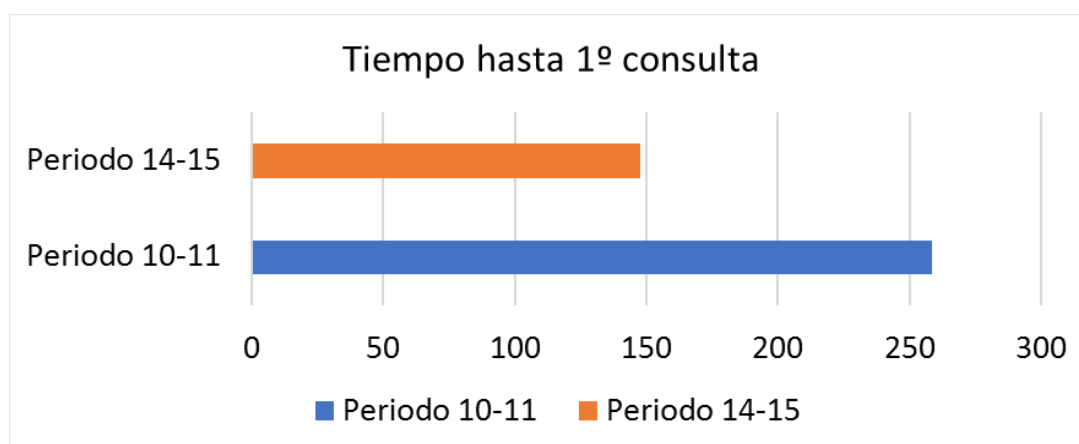


Figura 3: Representación gráfica del tiempo hasta la 1ª consulta (semanas).

Tabla 3: Tiempo hasta 1ª consulta en el primer y segundo periodo ($n=187$).

Variables	Media (DS)		p
	Periodo 10-11	Periodo 14-15	
Tiempo hasta 1ª consulta (semanas)	258.53 (336.76)	147.83 (306.40)	0.005*

4- Variables sociodemográficas (tabla 4)

a) Nacionalidad

La mayoría de los pacientes (90.9%) son de nacionalidad española. En orden de frecuencia le siguen la sudamericana (7%), y la europea (1.6%). El porcentaje de pacientes de origen español se mantiene constante en ambos periodos, mientras que se observa un ligero aumento del número de pacientes de nacionalidad sudamericana y disminución de la europea, sin que resulte esta diferencia significativa ($\chi^2=4.032$; $gl=3$; $p=0.258$).

b) Estado civil

En ambos periodos el estado civil más frecuente es el de soltero (63,6% y 70.9%, respectivamente), seguido de casado/pareja y separado/divorciado, como puede verse en la figura 4. Aunque en el segundo periodo observamos un aumento del porcentaje de solteros y disminución de las otras dos categorías, estas diferencias no resultan significativas ($\chi^2= 1.159$; $gl=2$; $p=0.560$).

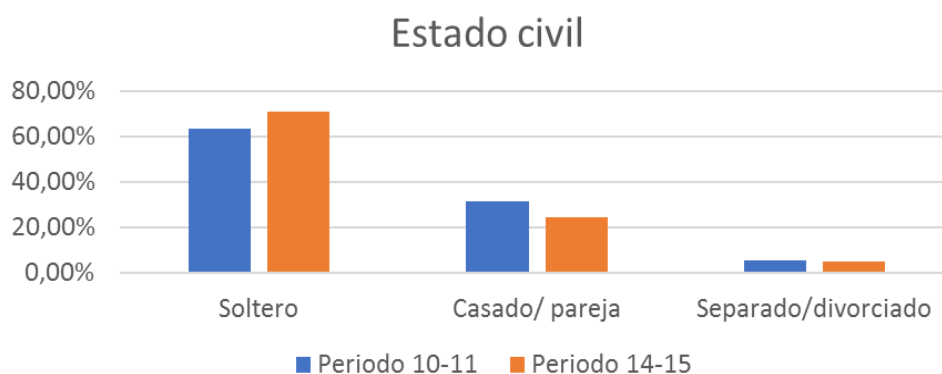


Figura 4: Representación gráfica del estado civil en ambos periodos.

c) Nivel de estudios

El nivel educativo de los pacientes se divide en 7 categorías: no graduado escolar (I), graduado escolar (II), no acaba instituto/FP (III), instituto/FP (IV), no acaba universidad/FP superior (V), carrera universitaria media (3 años) (VI), universitario/licenciado/doctor (VII). Tanto en el primer como segundo periodo, la mayoría de pacientes presenta un nivel educativo instituto / FP. Aunque en el segundo periodo se observa un aumento de pacientes en las categorías inferiores a educación secundaria (graduado escolar y no acaba instituto) y disminución en la categoría de instituto/FP y FP superior/no acaba universidad (ver figura 5), estas diferencias no son significativas ($\chi^2=7.590$; $gl=6$; $p=0.27$).



Figura 5: Representación gráfica del nivel educativo en ambos periodos.

d) Ocupación

Tanto en el primer como segundo periodo la ocupación más frecuente es la de estudiante, alcanzando aproximadamente el 50% de los casos. En el segundo periodo se observa un aumento no significativo del número de pacientes pertenecientes a la categoría estudiante con disminución de resto de categorías ($\chi^2=7.083$; $gl=5$; $p=0.215$) (ver figura 6).

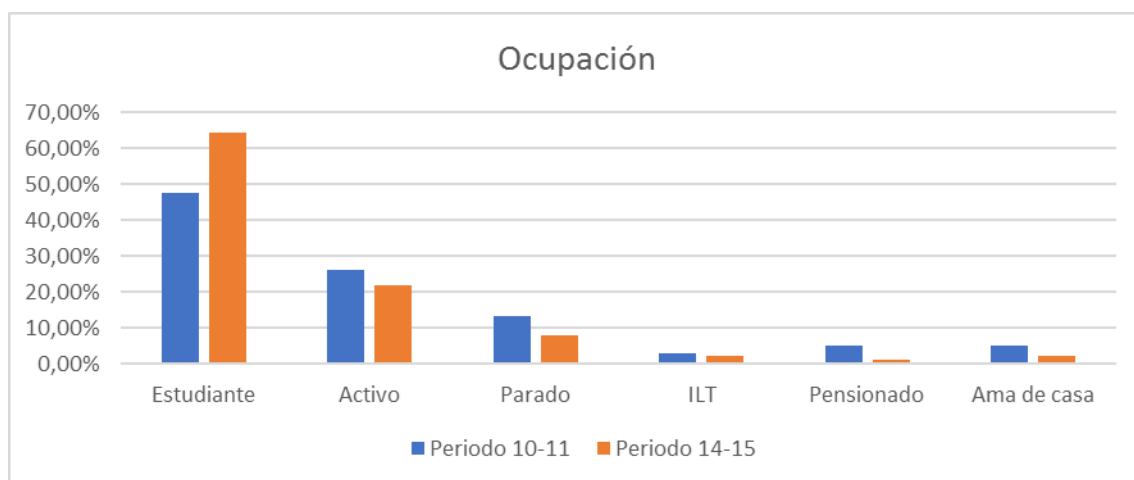


Figura 6: Representación gráfica de la ocupación en ambos periodos.

e) Nivel socioeconómico

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos periodos en cuanto al nivel socioeconómico familiar ($\chi^2 = 14.062$; $gl = 4$; $P = 0,007$). En el segundo periodo encontramos un nivel socioeconómico más bajo entre nuestros pacientes, con aproximadamente un 60% de pacientes perteneciendo a los niveles más bajos (I,II). En el primer periodo el nivel socioeconómico más frecuentes es el II (34.3%), seguido de III y IV con porcentajes similares (21-23%)

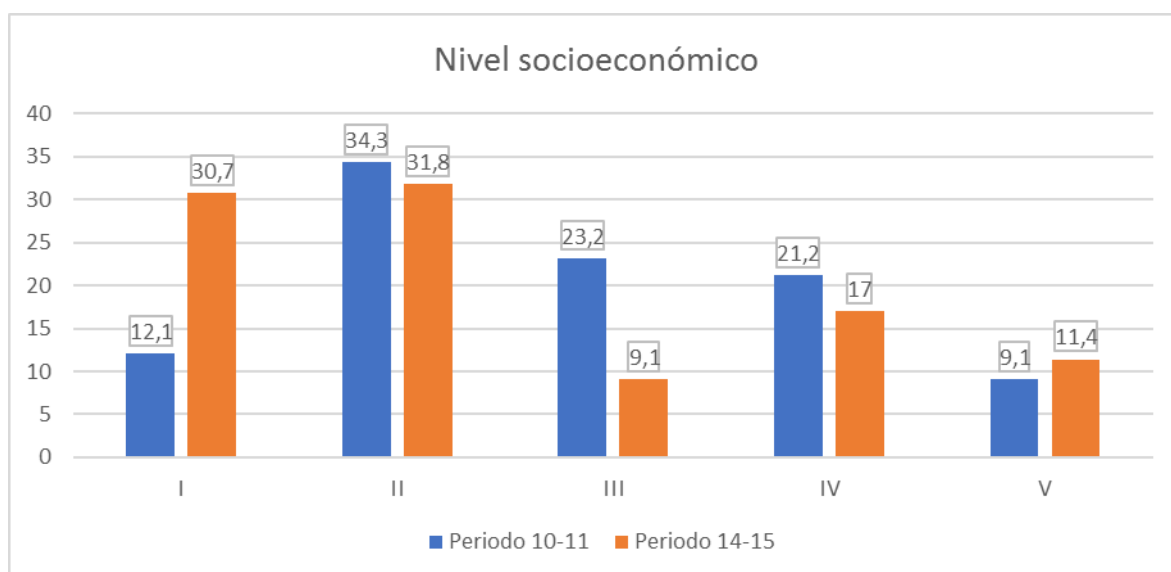


Figura 7: Representación gráfica del nivel socioeconómico en ambos periodos.

f) Comorbilidad psiquiátrica

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica se observan diferencias significativas, siendo mayor en el segundo periodo, pasando de un 68.9% de pacientes con alguna patología psiquiátrica a un 85.4% ($\chi^2 = 4.517$; $gl = 1$; $p = 0.034$).

g) Historia de consumo de tóxicos y tabaco

Se encuentra mayor consumo de sustancias en el primer periodo, un 21.1% frente al 13.6% del segundo, sin resultar significativas estas diferencias ($\chi^2=1.525$; $gl=2$; $p=0.467$).

Tabla 4: Características sociodemográficas de la muestra.

Variables	N(%)			p	X2
	Total	Periodo 10-11	Periodo 14-15		
Nacionalidad (n=187)				0.258	4.032
España	170 (90.9%)	90 (90.9%)	80 (90.9%)		
Sudamérica	13 (7%)	6 (6.1%)	7 (8%)		
Europa	3 (1.6%)	3 (3%)	0 (0%)		
Otros	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (1.1%)		
Nivel educativo (n=187)				0.270	7.590
No acaba graduado	1 (0.5%)	1 (1%)	0 (0%)		
Graduado escolar	4 (2.1%)	1 (1%)	3 (3.4%)		
No acaba instituto / FP	35 (18.7%)	13 (13.1%)	22 (25%)		
Instituto /FP	95 (50.8%)	54 (54.5%)	41 (46.6%)		
No acaba universidad/ FP grado super	18 (9.6%)	12 (12.1%)	6 (6.8%)		
Carrera universitaria media/ 3 años	17 (9.1%)	9 (9.1%)	8 (9.1%)		
Universitario/ licenciado/ doctor	17 (9.1%)	9 (9.1%)	8 (9.1%)		
Estado civil (n=185)				0.560	1.159
Soltero	124 (67%)	63 (63.6%)	61 (70.9%)		
Casado/ en pareja	52 (28.1%)	31 (31.3%)	21 (24.4%)		
Separado/ divorciado	9 (4.9%)	5 (5.1%)	4 (4.7%)		
Ocupación (n=186)				0.215	7.083
Estudiante	103 (55.4%)	47 (47.5%)	56 (64.4%)		
Activo	45 (24.2%)	26 (26.3%)	19 (21.8%)		
Parado	20 (10.8%)	13 (13.1%)	7 (8%)		
ILT	5 (2.7%)	3 (3%)	2 (2.3%)		
Pensionado	6 (3.2%)	5 (5.1%)	1(1.1%)		
Ama de casa	7 (3.8%)	5 (5.1%)	2 (2.3%)		
Nivel socioeconómico (n=187)				0.007*	14.062
I	39 (20.9%)	12 (12.1%)	27 (30.7%)		
II	62 (33.2%)	34 (34.3%)	28 (31.8%)		
III	31 (16.6%)	23 (23.2%)	8 (9.1%)		
IV	36 (19.3%)	21 (21.2%)	15 (17%)		
V	19 (10.2%)	9 (9.1%)	10 (11.4%)		

Comorbilidad psiquiátrica (n= 138)				0.034*	4.517
Sí	103 (74.6%)	62 (68.9%)	41 (85.4%)		
No	35 (25.4%)	28 (31.1%)	7 (14.6%)		
Consumo de tóxicos y tabaco (n= 154)				0.467	1.525
Sí	28 (18.2%)	20 (21.1%)	8 (13.6%)		
No	84 (54.5%)	49 (51.6%)	35 (59.3%)		
Tabaco	42 (27.3%)	26 (27.4%)	16 (27.1%)		

5- *Análisis de características familiares* (tabla 5)

a) Edad de los padres

La edad de los padres se sitúa en torno a 56-58 años y la de las madres 53-55 años, sin que encontremos diferencias significativas entre los dos periodos estudiados ($p>0.05$)

b) Estructura familiar

En ambos periodos en torno al 60% de los pacientes tienen padres casados, como se observa en la figura 5. Aunque en el segundo periodo se observa un ligero aumento de padres separados y pacientes sin relación con sus padres, estas diferencias no resultan significativas ($\chi^2= 7.216$; $gl=6$; $p=0.301$).

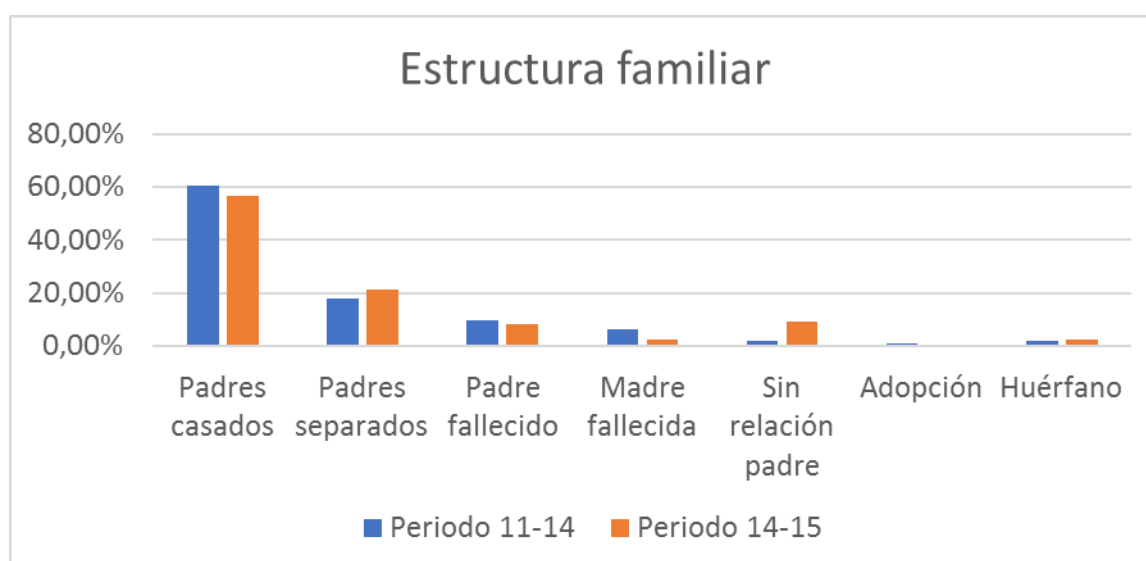


Figura 8: Representación gráfica de la estructura familiar en ambos periodos.

c) Convivencia

En cuanto a la convivencia, se observan más pacientes viviendo con sus padres, y en segundo lugar, en pareja, tanto en el primer como segundo periodo (ver figura 9). Sin embargo, en el segundo periodo se observa un incremento de pacientes viviendo solo con la madre o con otras personas, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=11.407$; $gl=6$; $p=0.077$).

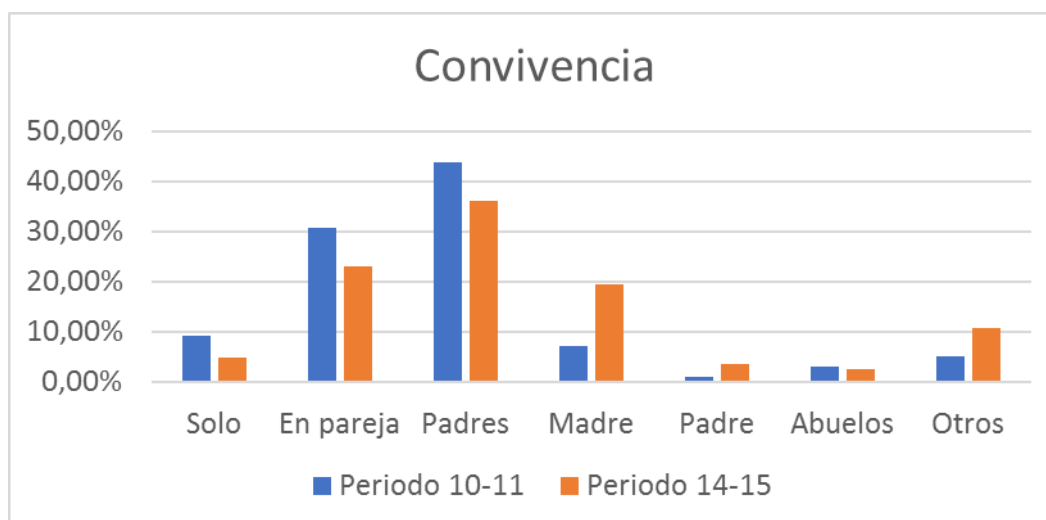


Figura 9: Representación gráfica de la convivencia en ambos periodos.

d) Lugar ocupado

En el primer periodo el nivel ocupado más frecuente es el de primer hijo con un 47.5% de los casos, seguido de segundo hijo con un 30.3%. En el segundo periodo la categoría de segundo hijo es la más frecuente con un 46.6% del total y en segundo lugar la de primer hijo con un 38.6% (ver figura 10). Estas diferencias no resultaron significativas ($\chi^2=9.651$; $gl=6$; $p=0.140$).

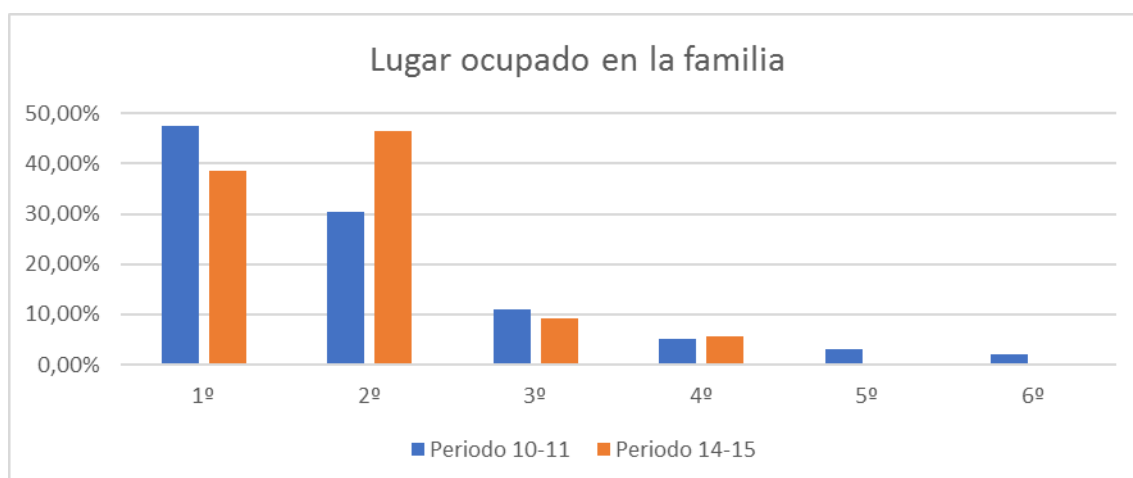


Figura 10: Representación gráfica del lugar ocupado en la familia en ambos periodos.

e) Número de hermanos

Obtenemos un número medio de 2-3 hermanos por paciente, tanto en el primero como el segundo periodo, sin que haya diferencias entre ambos periodos ($p>0.05$).

f) Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica

El antecedente de familiar con historia de enfermedad psiquiátrica se mantiene similar en ambos periodos, sin encontrar diferencias significativas ($\chi^2=0.08$; $gl=1$; $p=0.930$), con una frecuencia aproximada de 60%.

g) Antecedente familiar de trastorno alimentario

EL porcentaje de pacientes con antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria se mantiene semejante en ambos periodos, sin encontrar diferencias significativas ($\chi^2=0.011$; $gl=1$; $p=0.917$).

Tabla 5: Características familiares de individuos diagnosticados de TCA.

Variables	Media (DS)			p	
		Periodo 10-11	Periodo 14-15		
Edad padre		58.00 (10.43)	56.23 (10.57)	0.237	
Edad madre		55.09 (10.53)	53.06 (11.74)	0.168	
	N (%)			P	X2
	Total	Periodo 10-11	Periodo 14-15		
Estructura familiar (n=179)				0.301	7.216
Padres casados	105 (58.7%)	57 (60.6%)	48 (56.5%)		
Padres separados	35 (19.6%)	17 (18.1%)	18 (21.2%)		
Padre fallecido	16 (8.9%)	9 (9.6%)	7 (8.2%)		
Madre fallecida	8 (4.5%)	6 (6.4%)	2 (2.4%)		
Sin relación padre	10 (5.6%)	2 (2.1%)	8 (9.4%)		
Adopción	1 (0.6%)	1 (1.1%)	0 (0%)		
Huérfano	4 (2.2%)	2 (2.1%)	2 (2.4%)		
Convivencia (n=181)				0.077	11.407
Solo	13 (7.2%)	9 (9.2%)	4 (4.8%)		
En pareja	49 (27.1%)	30 (30.6%)	19 (22.9%)		
Con los padres	73 (40.3%)	43 (43.9%)	30 (36.1%)		
Con la madre	23 (12.7%)	7 (7.1%)	16 (19.3%)		
Con el padre	4 (2.2%)	1 (1%)	3 (3.6%)		
Con abuelos	5 (2.8%)	3 (3.1%)	2 (2.4%)		
Otros	14 (7.7%)	5 (5.1%)	9 (10.8%)		
Lugar ocupado (n=187)				0.140	9.651
1º	81 (43.3%)	47 (47.5%)	34 (38.6%)		
2º	71 (38%)	30 (30.3%)	41 (46.6%)		
3º	19 (10.2%)	11 (11.1%)	8 (9.1%)		
4º	10 (5.3%)	5 (5.1%)	5 (5.7%)		
5º	3 (1.6%)	3 (3%)	0 (0%)		
6º	2 (1.1%)	2 (2%)	0 (0%)		

Nº hermanos		2.63 (1.58)	2.33 (1.08)		
Media (DS)					
Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (n=187)				0.930	0.008
Sí	112 (59.9%)	59 (59.6%)	53 (60.2%)		
No	75 (40.1%)	40 (40.4%)	35 (39.8%)		
Antecedentes familiares de TCA (n= 187)				0.917	0.011
Sí	41 (21.9%)	22 (22.2%)	16 (21.6%)		
No	146 (78.21%)	77 (77.8%)	69 (78.4%)		

6- Antecedentes de los pacientes (tabla 6)

a) Antecedente personal de obesidad/sobrepeso

Observamos que el antecedente de obesidad o sobrepeso en la infancia es un hallazgo frecuente entre los pacientes, con un 47% en el primer periodo y un 40% en el segundo, no siendo significativa esta diferencia ($\chi^2=0.105$; $gl=1$; $p=0.746$).

b) Antecedente de maltrato/abuso

Encontramos mayor historia de maltrato en el primer periodo en rango significativo ($\chi^2=4.516$; $gl=1$; $p=0.034$), pasando de un 23,2% de la muestra a un 11.4%.

c) Historia de práctica deportiva (deporte de competición)

La práctica de deporte solo se recogió durante el primer periodo, siendo un rasgo común entre los individuos con trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 6: Antecedentes de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Variables	N (%)			p	X ²
	Total	Periodo 10-11	Periodo14-15		
Antecedente de maltrato/abuso (n=187)				0.034*	4.516
Sí	33 (17.6%)	23 (23.2%)	10 (11.4%)		
No	154 (82.4%)	76 (76.8%)	78 (88.6%)		
Antecedente personal de obesidad (n=102)				0.746	0.105
Sí	48 (47.1%)	46 (47.4%)	2 (40%)		
No	54 (52.9%)	51 (52.6%)	3 (60%)		
Práctica deporte (n= 78)					
Sí	35 (44.9%)	35 (44.9%)			
No	43 (55.1%)	43 (55.1%)			

Discusión

Este trabajo tuvo como objetivos estudiar el perfil sociodemográfico de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria y observar las posibles diferencias encontradas en las distintas variables tras la instauración de un programa de derivación, evaluación y tratamiento sistematizados.

La pregunta de investigación planteada es si se objetivarán cambios en el paciente con TCA atendido en la UTCA, en relación a su diagnóstico, perfil sociodemográfico y tiempo de espera hasta la 1ª consulta.

Esperamos que tras la implementación del protocolo de detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria se objetiven ciertos cambios:

- El tiempo de espera hasta la 1ª consulta sea significativamente menor en el segundo periodo.
- La edad al recibir el primer tratamiento especializado sea más baja en el segundo periodo evaluado como consecuencia de una detección y derivación precoz.
- La anorexia nerviosa será el diagnóstico más prevalente en ambos periodos, sin diferencias significativas.
- El nivel socioeconómico se mantendrá similar entre los pacientes de ambos periodos.
- La comorbilidad psiquiátrica no variará entre ambos periodos.

En relación con el tiempo de demora hasta la 1ª consulta encontramos un resultado significativamente menor en el segundo periodo, acorde con la hipótesis inicial. En la misma línea, tal como habíamos planteado, encontramos una disminución de la edad de inicio de los pacientes atendidos en el segundo periodo. Estos resultados avalan la eficacia del programa de detección y derivación precoz en la reducción del tiempo sin tratamiento de los pacientes.

En cuanto a los diagnósticos obtenidos en nuestra muestra, el TCANE fue el más prevalente en el primer periodo, y la anorexia nerviosa en el segundo, aunque las cuatro categorías mostraron porcentajes similares, en torno al 25%. No se cumple por tanto lo esperado, ni se coincide con estudios previos, en el que el diagnóstico más frecuente es el trastorno por atracones (8)(23)(24). Sin embargo, la prevalencia varía según la edad estudiada (11), siendo más frecuente la AN, BN y TCANE a edades tempranas (14)(15)(24) y el trastorno por atracones en población de edad avanzada (8)(16)(24)(25). Teniendo en cuenta la edad media de nuestra muestra, entre los 24 y 28 años, es esperable que uno de los diagnósticos más frecuentes sea el de anorexia nerviosa y que el trastorno por atracones no prevalezca sobre el resto.

Observamos que predominan los estratos sociales más bajos, en especial en el segundo periodo, en el que encontramos una disminución significativa del nivel

socioeconómico en relación con el primero. Por tanto, no se cumple nuestra hipótesis inicial ni coincidimos con la literatura previa, en la que se asocia un nivel socioeconómico elevado con un riesgo incrementado de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria (8)(6)(25)(32) (26)(28).

Analizando el contexto histórico de España en el periodo estudiado debemos resaltar el impacto que generó la crisis económica en muchas familias, y que podría estar relacionado con este cambio de perfil socioeconómico. Si entendemos la crisis económica como un estresante familiar, factor de riesgo conocido en los TCA (3), resulta comprensible que hayamos objetivado una predominancia de las clases sociales más bajas. Una historia de adversidades, en especial durante la infancia, incrementa la susceptibilidad de estos individuos a padecer un TCA (29).

La crisis económica originó importantes consecuencias en la mayoría de los hogares españoles, promoviendo un aumento de la desigualdad y vulnerabilidad sociales en muchos casos. Algunas de las consecuencias directas de la crisis, como pérdida del empleo y problemas económicos, y secundariamente probable cambio del estatus social con posible pérdida del domicilio habitual y/o cambio de centro educativo, y cambios en la estructura familiar como separación de los progenitores o disminución de la cohesión familiar, constituyen eventos estresantes que incrementan el riesgo de sufrir un TCA (11)(29)(47). El mal ambiente familiar desencadenado por todas estas situaciones, protagonizado por pesimismo y desesperanza, pudo transmitirse a los hijos en forma de sentimientos de desconfianza, sensación de inutilidad e ineficacia, miedo a la madurez y baja autoestima, pudiendo desarrollar una personalidad de riesgo para padecer un TCA en el futuro (11)(47). Por otro lado, el propio estrés socioeconómico pudo trasladarse a los pacientes en forma de estrés psicológico. Igualmente, modelos familiares rígidos, exigentes y conflictivos, con alto nivel de expresividad emocional se relacionan positivamente con los TCA, pudiendo influir en el pronóstico (48). Esta expresividad emocional se traduce en hipercriticismo y sobreprotección, dos estilos que repercuten en la evolución de un TCA (18).

Este hallazgo plantea otra cuestión de cara al establecimiento de tratamiento. Puede que familias con problemas económicos presenten dificultades de cumplimiento de tratamiento y seguimiento por el especialista; especialmente si esto genera gastos, bien de desplazamiento a la consulta o por fármacos no financiados. Otra posibilidad es que familias con empleos precarios o contratos no regulados no puedan permitirse faltar al trabajo para acudir a la consulta.

Es conocido por numerosos estudios que los TCA se asocian con frecuencia a otros trastornos psiquiátricos (2)(4)(14)(15)(16)(20). Los porcentajes obtenidos en nuestra muestra difieren discretamente de los encontrados en estudios previos (68.9%-85.4% VS 50,6% (14), 57.6-94.4% (16)). Debemos tener en cuenta que en el porcentaje de comorbilidad de nuestra muestra no está desglosado por diagnósticos, representa la comorbilidad de todos los trastornos en conjunto, obteniendo así porcentajes medios al incluir trastornos con comorbilidad alta como BN y otros con comorbilidad más baja como TCANE.

Por otro lado, encontramos un aumento significativo de la comorbilidad psiquiátrica en el segundo periodo, lo que rechaza nuestra última hipótesis. Este aumento no esperado de la comorbilidad podría deberse a que en el segundo periodo esta variable se analizó en menos pacientes (90 en el primer periodo frente a 47 en el segundo), por no estar recogido en las historias clínicas. Al no conocer este antecedente en muchos pacientes, puede que el resultado obtenido en el segundo periodo no sea representativo, y esté sobrevalorado. Estos hallazgos pueden correlacionarse con los encontrados en el nivel socioeconómico. Estados económicos deprimidos, más acusados en el segundo periodo, generan estrés psicológico en los pacientes y secundariamente aumento no solo de trastornos alimentarios (47), sino de patología psiquiátrica en general.

El perfil de paciente con trastorno de conducta alimentaria encontrado en nuestro trabajo es similar al descrito por la literatura previa: mujer joven de raza caucásica (11)(18), si bien encontramos representación a todos los niveles. EL 93% de pacientes recogidos en nuestra muestra fueron mujeres, con una edad media de presentación situada entre los 19 y 21 años, y con predominancia de nacionalidad española sobre el resto.

Tal y como han publicado estudios anteriores (18)(34), el nivel de estudios máximo alcanzado por nuestros pacientes fue en mayor proporción el de educación secundaria, aunque hay representación en todas las categorías. En su mayor parte el paciente tipo está soltero, continúa estudiando y vive con sus padres, lo que se ajusta a la edad media de nuestros pacientes, la mayoría jóvenes, entre los 24 y 27 años. Al comparar la ocupación con estudios epidemiológicos anteriores, nuestro porcentaje de pacientes pertenecientes a la categoría de estudiantes resulta superior (55.4% vs 47.8% (34), 47.4% (18)). Aunque difiere ligeramente de lo publicado con anterioridad, donde predomina la categoría de no estudiante, los TCA son enfermedades propias de adolescentes y adultos jóvenes (6), quienes en su mayoría continúan estudiando. Además, es conocido que el estrés se relaciona positivamente con estos trastornos, actuando como factor predisponente (47), puede que los estudiantes presenten mayores niveles de estrés y, en consecuencia, enfermen con mayor frecuencia.

En lo referente a la estructura familiar, destacan las familias con progenitores casados frente a las familias uniparentales o con padres separados. Aunque es conocido que familias desestructuradas asocian un riesgo superior de padecer un TCA (29), no hemos encontrado una mayor predominancia de este tipo de familias. Una posible explicación es que estén infrarrepresentadas en nuestra muestra, puede que en el seno de una familia con conflictos los hijos pidan menos ayuda o que los problemas pasen más desapercibidos, y, en consecuencia, no lleguen a acudir a una consulta especializada. Asimismo, la calidad del funcionamiento familiar desempeña un papel importante en la evolución de la enfermedad y los resultados del tratamiento (49). Por lo que se sumarían dos posibles problemas: menor asistencia a consultas y menor adherencia al tratamiento.

La edad media de los progenitores no destaca por ser elevada, lo que se ha relacionado en algunos artículos con un riesgo incrementado de desarrollar un TCA (30), por lo que en nuestra muestra no encontramos asociación entre ambas variables.

El lugar ocupado por los enfermos en la familia abarca en un 80% el 1º y 2º puesto. Estos resultados apuntan a que un orden de nacimiento posterior se asocia con un menor porcentaje de TCA, quizás debido a que un número elevado de hermanos supone un riesgo menor de presentar un TCA (34). Otra posible explicación es que las familias con uno o dos hijos son más frecuentes que las numerosas, por lo que es normal encontrar mayor proporción de casos en estas.

El papel de los hermanos en el tratamiento del enfermo podría repercutir de forma beneficiosa en su recuperación. Crear un entorno en el que el paciente se sienta seguro y entendido ayuda a la recuperación temprana de la enfermedad. Lograrlo requiere de implicar en la terapia, no solo a los progenitores, sino a todo el círculo afectivo del enfermo, incluyendo, por tanto, a los hermanos.

En concordancia con publicaciones anteriores (11)(18)(32), la presencia de enfermedad psiquiátrica en la familia, y en menor medida de TCA, fue una característica repetida entre los enfermos, lo que sugiere que los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica podrían actuar como factor de riesgo, e indicar la presencia de una posible carga genética en estos trastornos (32). En otras ocasiones los posibles trastornos de los familiares podrían aparecer posteriormente a la enfermedad de los hijos, al tratarse de patologías que generan gran sufrimiento, no solo en el enfermo, sino también en el círculo cercano.

Además de su posible relación en el desarrollo de estos trastornos, tener familia afectada por patología psiquiátrica en el momento del diagnóstico podría influir en el tratamiento de manera importante. Sabemos que el papel de las familias es crucial para lograr un tratamiento efectivo (45), si el cuidador principal claudica, el éxito del tratamiento se reduce considerablemente.

Otro hallazgo frecuente entre los pacientes fue el antecedente de obesidad o sobrepeso en la infancia, fenómeno relacionado anteriormente a mayor vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno alimentario (15)(18)(25)(7). Además, encontramos un IMC medio situado dentro de la categoría de sobrepeso. Al compararlo con estudios previos nuestros resultados son algo inferiores (24.85-27.89 vs 17.84 (4), 23.18 (47)). Sin embargo, tener un IMC elevado implica tener un cuerpo alejado del ideal de belleza establecido y por consiguiente mayor insatisfacción corporal y mayor riesgo de iniciar conductas alimentarias de riesgo y posteriormente estos trastornos (50)(18)(7), lo que podría explicar nuestros resultados.

Con respecto al consumo de tabaco, nuestros resultados son algo inferiores a los publicados anteriormente (27% vs 34.8% (34), 58-68% (51)), pero concuerdan con las prevalencias de consumo en la población adolescente sana, situada en torno al 27.3% en el año 2016 (52). Puede que, al tratarse de pacientes jóvenes, en su mayoría acompañados de sus padres en la consulta, no hayan dicho la verdad acerca de su hábito tabáquico. En cuanto al consumo de otras drogas, los porcentajes obtenidos son similares a los encontrados en estudios previos (18.2% vs 23.6% (34)).

Se ha investigado la influencia de una historia de maltrato/abuso en el desarrollo de un TCA, encontrando una relación positiva (11)(18)(26). En sintonía con estos hallazgos,

observamos antecedentes de maltrato en un 17% de nuestros pacientes. Esta variable fue recogida en 33 pacientes, una muestra bastante pequeña, por lo que el resultado no es representativo del total. Por otro lado, encontramos una disminución significativa de esta variable entre los dos periodos estudiados, pasando de un 23.2% a un 11.4%. Esta diferencia de prevalencias también podría atribuirse el mismo hecho, al analizarse en pocos pacientes y reducirse el tamaño muestral a la mitad en el segundo periodo, los resultados pueden que se encuentren infra o sobrevalorados.

Al igual que en estudios previos (3)(15)(41), observamos un porcentaje elevado de pacientes (44.9%) con historia de práctica deportiva. Si bien algunos artículos desestiman este antecedente como factor de riesgo de desarrollar un TCA (1)(53), muchos otros afirman que los deportistas tienen un riesgo mayor de padecer un TCA (3)(15)(41), tal y como sugieren nuestros resultados. Debemos resaltar que nuestro trabajo recogió el antecedente de participación en deporte de competición, no refiriéndose a cualquier tipo de deporte ni a hábitos deportivos regulares.

LIMITACIONES

El presente trabajo no ha estado exento de limitaciones.

En primer lugar, el diseño retrospectivo del mismo, con todas las desventajas que eso conlleva. En segundo lugar, algunos resultados están basados en información obtenida a partir de evaluaciones realizadas por el propio paciente, no mediante una entrevista clínica. En tercer lugar, ciertas variables fueron recogidas en menor número en el segundo periodo, por lo que algunos aspectos no pudieron ser comparados entre ambos periodos o fueron basados en un tamaño muestral disminuido. En cuarto lugar, el tamaño muestral es reducido, incluyendo tan solo pacientes del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Este inconveniente nos obliga a ser cautelosos a la hora de extrapolar los resultados a la población general. En quinto y último lugar, no dispusimos de grupo control, por lo que no podemos asegurar que nuestros resultados acerca del perfil sociodemográfico de los pacientes sean significativos.

Conclusiones

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías prevalentes en nuestra comunidad, con un perfil sociodemográfico bien establecido. Sin embargo, existe afectación a todos los niveles, independientemente del sexo, edad, raza, nivel socioeconómico o nivel educativo. Además, la mayor prevalencia en estratos socioeconómicos bajos, en contraste con lo publicado anteriormente, podría ser ejemplo de un posible cambio del perfil sociodemográfico típico, alejándose de la descripción clásica del paciente con trastorno de la conducta alimentaria. Estos hallazgos demuestran la extendida distribución demográfica de los trastornos alimentarios.

Por otro lado, hemos observado que tras la instauración de un programa de detección y derivación temprana el tiempo sin tratamiento se reduce significativamente, siendo una medida clave para mejorar el pronóstico de los enfermos.

Medidas para el futuro

La extendida distribución de los TCA en la población sugiere la necesidad de programas de prevención más inclusivos, dirigidos a colectivos diversos, que incluyan gente de diferente sexo, edad, etnia y nivel económico.

En cuanto al estudio DETECTA y a la reducción del tiempo sin tratamiento, resultaría de interés estudiar en el futuro de qué manera ha podido influir este cambio en la evolución y pronóstico de la enfermedad, y comprobar si esta mejora es atribuible a la medida.

Anteriormente hemos planteado que familias con pocos recursos económicos podrían verse influenciadas negativamente por estos motivos, y, en consecuencia, acudir menos a la consulta, y presentar menor adherencia al tratamiento. Estudiar la influencia de factores sociodemográficos tanto en la tasa de abandono de tratamiento, como en el pronóstico nos ayudaría a comprobar si, en efecto, pacientes pertenecientes a estados socioeconómicos bajos presentan más dificultades de cumplimiento del tratamiento, o si, por el contrario, tal condición no se asocia a un peor pronóstico.

Hemos observado como familias desestructuradas o con antecedentes psiquiátricos se asocian con un porcentaje elevado de TCA, por lo que se trata de antecedentes a tener en cuenta en una primera consulta. Debemos realizar un enfoque global del paciente y su entorno, valorando también al cuidador, y si este lo requiriese, iniciar un tratamiento adecuado acorde a sus necesidades. De la misma manera, incidir en la búsqueda de posibles problemas sociales y otorgar ayuda profesional en el caso de familias disfuncionales, sería beneficioso para optimizar el tratamiento.

En síntesis, la participación activa de las familias en el tratamiento resulta una medida clave para la recuperación de los enfermos. Igualmente, sería importante implicar en la terapia no solo a los progenitores o al cuidador principal, sino también a los hermanos, dándoles pautas de cómo manejar situaciones conflictivas o qué comportamientos

podrían ser desfavorables para el enfermo. En definitiva, conseguir una red de apoyo positiva para obtener los mejores resultados posibles.

Bibliografía

1. Gómez del Barrio JA. Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones. Médica Pan. 2009.
2. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2019;0366(18):1–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503661830511X>
3. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Asoc Española Pediatría. :361–74.
4. Ng KW, Kuek A, Lee HY. Eating psychopathology and psychosocial impairment in patients treated at a Singapore eating disorders treatment programme. Singapore Med J. 2018;59(1):33–8.
5. Mohler-Kuo M, Schnyder U, Dermota P, Wei W, Milos G. The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. Psychol Med. 2016;46(13):2749–58.
6. Graell M, de Andrés P, Sepúlveda AR, Moreno A, Villaseñor Á, Faya M, et al. The adolescent onset anorexia nervosa study (ANABEL): Design and baseline results. Int J Methods Psychiatr Res. 2018;27(3):1–12.
7. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. Am Psychol. 2007;62(3):181–98.
8. Dalman C, Lewis G, Micali N, Bould H, Magnusson C, Evans J, et al. The influence of school on whether girls develop eating disorders. Int J Epidemiol. 2016;45(2):480–8.
9. Martínez-González L, Villa TF, De La Torre AJM, Pérez CA, Cavanillas AB, Álvarez RC, et al. Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: UniHcos project | Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. Nutr Hosp. 2014;30(4):927–34.
10. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. Int J Eat Disord. 2019;52(1):42–50.
11. Gonzalez-Gomez J, Madrazo I, Gil-Camarero E, Carral-Fernández L, Benito-González P C-GG et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. 2017;2(1):14–20. Available from: www.somosvaldecilla.com
12. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Artículo Orig Salud Ment. 2012;35(6):483–90.
13. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2015;24(1):177–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005>
14. Nakai Y, Nin K, Noma S, Teramukai S, Fujikawa K, Wonderlich SA. Changing profile of eating disorders between 1963 and 2004 in a Japanese sample. Int J Eat Disord. 2018;51(8):953–8.

15. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord* [Internet]. 2015;3(1):1–7.
16. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):917–25.
17. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):543–8.
18. González-Gómez J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios en la comunidad de Cantabria. 2016.
19. Cruz AM, Gonçalves-Pinho M, Santos JV, Coutinho F, Brandão I, Freitas A. Eating disorders—Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014. *Int J Eat Disord*. 2018;51(10):1201–6.
20. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev*. 2003;23(1):57–74.
21. Sanftner JL. Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eat Behav* [Internet]. 2011;12(2):136–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.003>
22. Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(2):371–9.
23. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34:19–29.
24. Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, Maciejewska-Jeske M, et al. Eating disorders in older women. *Maturitas* [Internet]. 2015;82(2):146–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.036>
25. Weissman RS. The Role of Sociocultural Factors in the Etiology of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(1):121–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.009>
26. Larsen JT, Munk-Olsen T, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Mortensen PB, et al. Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *Int J Eat Disord*. 2017;50(12):1404–12.
27. Javaras KN, Rickert ME, Thornton LM, Peat CM, Baker JH, Birgegård A, et al. Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring. *Psychol Med*. 2017;47(3):576–84.
28. Gowers S, Kadambari SR, Crisp AH. Family structure and birth order of patients with anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2–3):247–51.
29. BAILEY CA. Family Structure and Eating Disorders. *Youth Soc*. 2007;23(2):251–72.
30. Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: Findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975–1998. *Am J Epidemiol*. 2014;179(7):852–63.
31. Assari S, DeFreitas M. Ethnic Variations in Psychosocial and Health Correlates of Eating Disorders. *Healthcare*. 2018;6(2):38.

32. Domingo P, Moreno R. Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria 4. In: Morandé Lavín G, Graell Berna M BFM, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Ed. Médica. 2014. p. 27–33.
33. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One*. 2017;12(7):1–14.
34. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug Alcohol Depend*. 2008;97(1–2):169–79.
35. McClelland J, Hodsoll J, Brown A, Lang K, Boysen E, Flynn M, et al. A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED). *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(2):129–40.
36. Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter HC HW. Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 2000;355(9205):721–2.
37. Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1284–93.
38. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK HD. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):917–25.
39. Gumz A, Uhlenbusch N, Weigel A, Wegscheider K, Romer G, Lowe B. Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: Study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014;14(1):300. Available from: <http://www.biomedcentral.com/bmcpsychiatr/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed16&AN=602646385%0Ahttp://www.tdnet.com/AalSy/resolver?sid=OVID:embase&id=pmid:25404427&id=doi:10.1186%2Fs12888-014-0300-1&issn=1471-244X&>
40. Weigel A, Gumz A, Uhlenbusch N, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):1–9.
41. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Löwe B, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: Are there differences according to age of onset? *Eur Eat Disord Rev*. 2014;22(4):292–8.
42. Lock J, le Grange D, Agras S, Moye A, Bryson SW BJ. Randomized clinical trial comparing family- based treatment with adolescent- focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1025–32.
43. Lock J, Couturier J AW. Comparison of long-term out- comes in adolescents with anorexia nervosa trated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:66–72.
44. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szukler G, le Grange D DE. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5 year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1025–30.
45. Salgueiro M del C, Kirszman D. Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: El rol de la familia. *Rev Argentina Clin Psicol*. 2012;21(2):161–71.
46. Waller G, Schmidt U, Treasure J, Murray K, Aleyna J, Emanuelli F, et al. Problems

- across care pathways in specialist adult eating disorder services. *Psychiatr Bull*. 2009;33(1):26–9.
47. Behar R, Valdés C. Stress and eating disorders. *Chil Neuro-Psiquiat*. 2009;47(3):178–89.
 48. Taylor CB, Bryson S, Celio Doyle AA, Luce KH, Cuning D, Abascal LB, et al. The Adverse Effect of Negative Comments About Weight and Shape From Family and Siblings on Women at High Risk for Eating Disorders. *Pediatrics*. 2006;118(2):731–8.
 49. Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *TT - Eating disorders and perceived family functioning in a sample of high school students of Concepción, Chile. Psykhe Rev la Esc Psicol [Internet]*. 2008;17(1):81–90. Available from: <http://search.proquest.com/docview/1221853450?accountid=14744%5Cnhttp://vs4ee7hh3a.search.serialssolutions.com/directLink?&atitle=Trastornos+alimentarios+y+funcionamiento+familiar+percibido+en+una+muestra+de+estudiantes+secundarias+de+la+comuna+de+Concepc>
 50. Ackard, D.M. PCB. Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *Int J Eat Disord*. 2001;29(2):187–94.
 51. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav*. 2006;7(4):291–9.
 52. Moreno LM. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en Esapaña (ETUDES). 2018.
 53. Fulkerson JA, Keel PK, Leon GR DT. Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *Int J Eat Disord [Internet]*. 1999;26(1):73–9. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed4&NEWS=N&AN=1999172788>